



SETON HALL | LAW
Center for Health &
Pharmaceutical Law & Policy

SENTINEL PROJECT INTAKE FORM

Person Filling Out This Form: _____

Referring Agency (if any): _____ **Date:** _____

Phone Number: _____ **Email address:** _____

Name of Complainant: _____

Language of Complainant: English _____ Spanish: _____ Other: _____

Phone Number: _____ **Email address:** _____

Address: _____

Identify Insurance Plan: _____ ☐ Individual Coverage ☐ Group Coverage

Short Description of Complaint (attach additional sheets, if necessary):

Has an appeal been filed? _____ Yes _____ No

Type of Complaint (check all that apply):

- ☐ I can't find a doctor who takes my insurance.
- ☐ I can't get or I have to wait too long to get an appointment with the health care provider I need.
 - ☐ Wait for an appointment is _____ weeks or _____ months.
 - ☐ I cannot get an appointment at all with the health care provider I need.
- ☐ The appointment is too far away/not accessible by public transportation.
- ☐ Insurance won't pay for medical care or prescriptions that my doctor prescribed.
- ☐ I can't afford the medical care or prescriptions my doctor prescribed.
- ☐ Other (explain below):

Please fax, e-mail, or mail completed forms to:

New Jersey Appleseed Public Interest
Law Center
744 Broad Street, Suite 1525
Newark, New Jersey 07102
Fax: 973-710-4653
contact@njsentinelproject.org

For assistance, please leave a message
at (973) 991-1190.



SETON HALL | LAW
Center for Health &
Pharmaceutical Law & Policy

FORMULARIO DE ADMISIÓN PROYECTO SENTINEL

Persona llenando el formulario: _____

Agencia remitente (si hay alguna): _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del reclamante: _____

Idioma del reclamante: Inglés: _____ Español: _____ Otro: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Identifique plan de seguro: _____ ☐ Cobertura Individual ☐ Grupal

Descripción corta del reclamo (adjuntar documentos adicionales, si es necesario): _____

¿Se ha presentado una apelación? _____ Sí _____ No

Tipo de reclamo (marque todo lo que aplique):

- ☐ No puedo encontrar a un doctor que acepte mi seguro.
- ☐ No consigo o tengo que esperar demasiado por una cita con el proveedor de atención médica que necesito.
 - ☐ La espera por la cita es de _____ semanas o de _____ meses.
 - ☐ No puedo conseguir una cita en absoluto con el proveedor de atención médica que necesito.
- ☐ La cita es demasiado lejos/no accesible por transporte público.
- ☐ El seguro no paga por la atención médica o los medicamentos que mi doctor recetó.
- ☐ No puedo pagar por la atención médica o los medicamentos que mi doctor recetó.
- ☐ Otro (explique abajo): _____

Por favor envíe los formularios completos, por fax, correo electrónico o correo postal a:

New Jersey Appleseed Public Interest
Law Center
744 Broad Street, Suite 1525
Newark, New Jersey 07102
Fax: 973-710-4653
contact@njsentinelproject.org

Para obtener asistencia, por favor deje un mensaje en (973) 991-1190.